



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Raucherentwöhnung in der Praxis: Der Hausarzt ist das beste Medikament!

Clerc, O ; Sudano, I ; Kubli Haas, B ; Suter, P M

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001317>

Other titles: Smoking cessation in general practice: the general practitioner is the best medicine!

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-84068>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Clerc, O; Sudano, I; Kubli Haas, B; Suter, P M (2013). Raucherentwöhnung in der Praxis: Der Hausarzt ist das beste Medikament! Praxis, 102(10):565-575.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001317>

RAUCHERENTWÖHNUNG IN DER PRAXIS: DER HAUSARZT IST DAS BESTE MEDIKAMENT

Clerc O¹, Sudano I², Kubli Haas B¹, Suter P M¹

¹ Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital, Zürich

² Klinik für Kardiologie, Universitätsspital, Zürich

Länge (nur Text): 19093 Zeichen (d 20000)

Einführung

Der Tabakkonsum ist für das Individuum und auf Populationsebene nach wie vor der wichtigste Risikofaktor für Morbidität und Mortalität, welche mit hohen Kosten verbunden sind. Der Tabakkonsum und seine Folgen stellen deshalb für das Gesundheitssystem als Ganzes und jeden Hausarzt zentrale Herausforderungen dar. [1-6]

Für den Hausarzt kann die Raucherberatung mühsam und entmutigend erscheinen, weil viele Patienten zum Rauchstopp wenig motiviert sind und die Abstinenzversuche häufig mit Rückfällen verbunden sind. Die Forschungsevidenz zeigt aber, dass mit adäquaten klinischen Interventionen sowie geeigneter Medikation die Motivation der Patienten und die Erfolgsraten deutlich erhöht werden können. [2-7]

Epidemiologie

Der Tabakkonsum gehört zu den häufigsten Erkrankungen in der Schweiz. Die Raucher-Rate ist zwar in den letzten Jahren rückläufig, aber nach wie vor höher als in den meisten europäischen Ländern. Im Jahre 2011 rauchten 25% der Schweizer (>15 Jahre), 29% der Männer und 21% der Frauen. Die 20-24-jährigen rauchten am häufigsten (35%). Der Konsum ist bei Personen mit geringerer Ausbildung oder niedrigerem sozioökonomischen Status deutlich höher. [1,3]

Die Zigarette ist das einzige legal erwerbbares Konsumgut, das in der dafür vorgesehenen Verwendung seine Konsumenten tötet. [2] Jährlich sterben mehr als 9000

SchweizerInnen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums, also 15% der jährlichen Todesfälle. Dies entspricht 25 SchweizerInnen täglich. Diese Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Die tabakverursachten Sterbefälle sind doppelt so hoch wie die von Verkehrsunfällen, illegalem Drogenkonsum, AIDS, vorsätzlichen Tötungsdelikten und Suiziden zusammen. Der Tabakkonsum tötet hauptsächlich durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (41%), Lungenkrebs (27%) und Atemwegserkrankungen (18%). Umgekehrt sind gut 50% der krebsbedingten und 30% der kardiovaskulären Todesfälle Folgen des Tabakrauches. Ausserdem verursacht der Tabakkonsum Tumoren der Atem- und Harnwege, des Ösophagus, des Pankreas, des Uterushalses und der Brust. Ferner

begünstigt der Tabakkonsum Pneumonien, peptische Ulcera, Niereninsuffizienzen, Diabetes, Osteoporose, Frakturen, Katarakte, Makuladegenerationen und Infertilität. Die Zigarette hat auch zahlreiche toxische Wirkungen auf den Fötus. Darüber hinaus erhöht der Tabak die Operationsrisiken bei allen Formen von Eingriffen, vor allem durch Lungenkomplikationen und Wundheilungsstörungen. Schon ein paar wenige Zigaretten am Tag sind schädlich. Die Lebenserwartung verkürzt sich bei Rauchern im Durchschnitt um 10 Jahre. Das lebenslange Risiko von Rauchern ist extrem hoch: 75% der Raucher erkranken wegen des Rauchens, 50% sterben frühzeitig daran und 25% vor dem 70. Altersjahr. [2-6] Mit dieser Sterblichkeit von 50% bedeutet Tabakrauchen tatsächlich „Kopf oder Zahl“ mit seinem Leben spielen!

Die berechneten Gesamtkosten des Tabakkonsums für 1995 in der Schweiz betrugen 1.2 Milliarden Franken für medizinische Behandlungen, 3.8 Milliarden Franken für Erwerbsausfallskosten und 5 Milliarden Franken für Kosten infolge eines Verlustes von Lebensqualität (QALY), also insgesamt 10 Milliarden Franken. Dabei wurden Brände, die Reinigung von öffentlichen Orten und das Passivrauchen nicht berücksichtigt. [1,3,4] Deswegen kann man trotz einer verbreiteten Meinung nicht behaupten, dass die Raucher durch die etwa 2 Milliarden Franken von Tabaksteuern das Budget des Staates positiv beeinflussen.

Auf Weltebene wird der Tabakkonsum als globale Epidemie beschrieben. Er tötet 6 Millionen Personen pro Jahr, davon 10% durch passives Rauchen. Voraussichtlich wird er im Jahre 2030 mehr als 8 Millionen Menschen jährlich töten. Der Tabakkonsum ist weltweit der wichtigste Risikofaktor vermeidbarer Mortalität und Morbidität, sowie verlorener Lebensjahre. [2] Die Zigarette ist also deutlich tödlicher als Alkohol, Diabetes oder arterielle Hypertonie!

Tabakabhängigkeit

Der Tabakrauch enthält mehr als 4000 Schadstoffe, wie zum Beispiel: Benzopyren (Teer), Nitrosamine, Benzol und Schwermetalle (verursachen Krebs); Ammoniak, Formalin, Akrolein und Zyanid (reizen die Atemwege); Kohlenmonoxyd (fördert die kardiovaskulären Erkrankungen) und Nikotin (hauptverantwortlich für die Abhängigkeit). Zahlreiche Zusatzstoffe (z. B. Ammoniak, Kakaobutter, Menthol) erhöhen die Diffusion des Nikotins, verbessern den Geschmack, lindern den Mundreiz und verstärken die Abhängigkeit. [3,4] Das Nikotin wirkt auf das zerebrale „Belohnungssystem“: die Stimulation der ventralen tegmental Region führt zu einer Freisetzung von Dopamin aus dem Nucleus accumbens und dem mesolimbischen System. Durch eine Neuroadaptation entsteht eine physische Abhängigkeit. Die Nikotinabhängigkeit (ICD Diagnose F17.0-F17.2) wird durch die gleichen Kriterien wie bei Drogen definiert:

- Toleranz (aufsteigende Dosis für die gleiche Wirkung)
- Entzugerscheinungen
- Höherer und längerer Konsum als vorgesehen
- Ständiges Verlangen mit Unmöglichkeit, den Konsum zu senken
- Hohe Zeitverwendung
- Einschränkung anderer Aktivitäten
- Weiterführung trotz Kenntnis der Gesundheitsrisiken

Wegen dieser physischen Abhängigkeit treten Entzugerscheinungen beim Rauchstopp auf. Sie beginnen nach 2 bis 24 Stunden, sind nach 2 bis 3 Tagen am stärksten und enden nach 2 bis 4 Wochen. Diesbezüglich besteht aber eine bedeutende interindividuelle Variabilität. Die Hauptsymptome sind „Craving“ (kurzdauerndes aber starkes Verlangen), Reizbarkeit, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Ängstlichkeit, Schlafstörung, Depression, Müdigkeit, Kopfschmerzen, gesteigerter Appetit, Gewichtszunahme und Obstipation. Die Tabakabhängigkeit beschränkt sich nicht auf die physische Nikotinabhängigkeit. Die Abhängigkeit ist auch psychischer Art, weil die Zigarette benutzt wird, um Stress abzubauen, sich zu belohnen, sich zu trösten oder die Langeweile zu überbrücken. Sie dient zur Förderung des Vergnügens, zur Beeinflussung der Stimmung und der Konzentrationsfähigkeit. Dazu kommt meist ein ritualisiertes Verhaltensmuster, wie zum Beispiel die Zigarette in der Pause, nach dem Essen, mit dem Kaffee oder mit einem Glas Alkohol. Ausserdem entsteht eine soziale Abhängigkeit, weil die Zigarette oft mit Freunden und bei sozialen Veranstaltungen geraucht wird und generell Kontakte vereinfachen kann. Alle diese Aspekte der Tabakabhängigkeit sollten berücksichtigt werden, um den zukünftigen Ex-Raucher erfolgreich zu beraten. Das Verständnis dieser Mechanismen hilft dem Patienten, seinen Konsum erfolgreich zu reduzieren oder zu sistieren. [3,4]

Der Schweregrad der Abhängigkeit lässt sich mittels einer einfachen Skala mit drei Kriterien ermitteln: Anzahl der Zigaretten pro Tag, Zeitspanne zwischen dem Aufwachen und der ersten Zigarette, Intensität der früheren Entzugssymptome. Der Grad der Abhängigkeit richtet sich nach dem individuell schwersten Kriterium. **(Tabelle 1)** [3-5]

Raucherberatung

Es lohnt sich, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Sterbens- und Erkrankungsraten werden dadurch signifikant gesenkt, unabhängig vom Alter und von den Komorbiditäten des Patienten. Der Rauchstopp wirkt am besten früh bei noch gesunden Patienten. Zuerst sinkt das kardiovaskuläre Sterberisiko um 50% im ersten Jahr nach dem Aufhören. Nach einem Herzinfarkt ist der Rauchstopp sogar gleich protektiv wie alle üblichen Medikamente zusammen! Das allgemeine sowie das kardiovaskuläre Sterberisiko kehren

nach 10-15 Jahren Nikotinabstinenz erneut auf das Niveau der Nichtraucher zurück. Diese Angleichung ist für das Sterberisiko bei Lungenkrebs langsamer und tritt erst nach etwa 20 Jahren ein. Bei COPD verbleibt der Funktionsverlust nach dem Aufhören, aber die Entwicklung wird verlangsamt und die Mortalität reduziert. [3,4]

Die Erfolgchancen eines Rauchstoppversuches ohne Hilfe sind generell tief und liegen bei circa 0.5 bis 3%. Durch eine kompetente Raucherberatung kann man die Erfolgchancen mindestens verdoppeln. Bei bestehender Schwangerschaft oder nach einem Herzinfarkt sind die Erfolge noch deutlicher. Schon eine kurze Intervention ist wirksam, aber je intensiver und kompetenter die Beratung, desto wirksamer wird die Intervention. Erwiesenermassen ist die Beratung am erfolgreichsten, wenn sie von einem Arzt durchgeführt wird! Kombiniert mit einer adäquaten Medikation kann man die Erfolgsrate des Rauchstoppversuches auf 20 bis 30% erhöhen. Aufgrund dieses Sachverhaltes ist es wichtig, dass die Ärzte wirksame Methoden erlernen und anwenden. [1-7] Diesbezügliche Weiterbildungsinformationen sind auf www.frei-von-tabak.ch einzusehen.

Der Ablauf einer Raucherberatung sollte den 5 „B's“ folgen: [3,4,6]

Befragen: „*Rauchen Sie?*“

- Das Rauchen bei jedem Patienten identifizieren, analog einem Vitalparameter.
- Die Einwilligung erfragen, über das Rauchen jetzt zu sprechen.

Beraten: „*Als Arzt empfehle ich Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören.*“

- Den Rauchstopp klar und bestimmt empfehlen.
- Diese Empfehlung den Interessen und Problemen des Patienten anpassen.

Beurteilen: „*Haben Sie die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören? Wann?*“

- Stadien der Veränderung: nein (Sorglosigkeit), ja innerhalb von 6 Monaten (Bewusstwerden), ja innerhalb von 30 Tagen (Vorbereitung), vor weniger als 6 Monaten aufgehört (Handlung), vor mehr als 6 Monaten aufgehört (Aufrechthaltung). **(Tabelle 2)**
- Schweregrad der Abhängigkeit: Anzahl der Zigaretten pro Tag, Zeitspanne zwischen dem Aufwachen und der ersten Zigarette, Intensität der früheren Entzugssymptome? **(Tabelle 1)**

Begleiten:

- Hauptteil des Gespräches. **(Tabelle 2)**
- Abhängig vom Stadium: sensibilisieren, motivieren, helfen oder unterstützen.
- Eine geeignete Broschüre anbieten.

Betreuen:

- Folgegespräche planen

Zur Beurteilung der Absicht zum Aufhören wird das „transtheoretische Modell der Stadien der Veränderung“ von Prochaska und Di Clemente empfohlen. Es beschreibt den Prozess einer Verhaltensänderung über den Ablauf folgender Stadien: Sorglosigkeit, Bewusstwerden, Vorbereitung, Handeln und Aufrechterhaltung. **(Tabelle 2)** Durch diese Einteilung kann der Berater klären, wo der Patient aktuell steht, und eine dafür massgeschneidert geeignete Behandlung anbieten, welche es dem Patienten ermöglicht, das nächste Stadium zu erreichen. [3,4] Nicht nur der Rauchstopp, sondern jedes erreichte Stadium ist ein Erfolg!

In der Behandlung der ersten Stadien der Veränderung steht die Steigerung der Motivation im Vordergrund. Dazu hat sich die Motivationstechnik von Miller und Rollnick „Motivational Interviewing“ als besonders wirksam erwiesen, um dem Patienten zu helfen, sein Verhalten zu ändern. Auch in der Alkohol-, Adipositas- und Complianceberatung wird diese Technik mit Erfolg angewendet. Im „Motivational Interviewing“ basiert die therapeutische Beziehung auf einer Partnerschaft mit aktiver Beteiligung des Patienten in einer empathischen Atmosphäre mit Vermeidung von Konfrontation. Alle Gründe, die für eine Verhaltensänderung sprechen, sowie Ideen und Vorschläge sollen vom Patienten stammen, nicht vom Arzt. Der Arzt leitet den Dialog, damit der Patient selbst seinen Zwiespalt erforscht, löst und sich für einen Rauchstopp entscheiden kann. Mit dieser Technik wird der Widerstand des Patienten verringert. Zusammenfassend basiert das „Motivational Interviewing“ auf folgende Prinzipien: [3,4,6,7]

- Argumentation und Konfrontation vermeiden
- Empathie zeigen
- Selbstwirksamkeit unterstützen
- Widerstände umlenken
- Widersprüche beleuchten und Ambivalenzen aufzeigen

Dabei werden folgende Strategien eingesetzt:

- Offene Fragen stellen
- Aussagen des Patienten neu formuliert wiederholen (Widerspiegeln)
- Zusammenfassen
- Vorteile und Nachteile der Veränderung gegeneinander abwägen
- Die Veränderung und das Engagement durch Ermutigung und Anerkennung aufwerten

In den fortgeschrittenen Stadien der Veränderung spielt die praktische Vorbereitung für den Rauchstopp eine wesentliche Rolle. Der Arzt sollte dabei seine Hilfe und Unterstützung deutlich anbieten. Es empfiehlt sich, ein fixes Datum für den Rauchstopp festzulegen. Tatsächlich hat der Rauchstopp die höchste Erfolgchance, wenn er in einem Anlauf durchgeführt wird. Ausserdem sollte der Patient über den Entzugsprozess

informiert werden: Dauer, Symptome, Änderungen der Gewohnheiten und mögliche Behandlungen (individuelle Beratung, Gruppenberatung, Entwöhnungsprogramme, „Selbsthilfe“-Methoden, Medikamente und andere Therapien). Gruppenprogramme und verhaltensorientierte Therapien können bei motivierten Patienten sehr hilfreich sein. Die „Selbsthilfe“-Methoden (Broschüren, Bücher, Filme, Computerprogramme, Web-Seiten) zeigen eine mässige Wirksamkeit, können aber viele Raucher ansprechen. Die signifikanten Erfolgsraten des Programms „*stop-tabac.ch*“ und der Rauchstopplinie (0848 000 181) sind erwiesen. Hingegen konnte die Wirkung von Akupunktur und Hypnose nicht oder nur als Placebo-Wirkung bewiesen werden. Als Hindernis zum Rauchstopp ist die Gewichtszunahme vor allem bei Frauen ein wichtiges Thema. Sie beträgt meistens weniger als 4,5 kg. Allgemeine Massnahmen zur Gewichtskontrolle sollten besprochen werden (viel Sport, Obst und Gemüse, wenig Fett und Snacks). Unter Nikotin-Kaugummi oder Bupropion ist die Gewichtszunahme geringer. Ferner sollte der Patient die Situationen mit Rückfallrisiko voraussehen („Craving“, Stress, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Beisein von Rauchern, Alkohol, Party usw.) und entsprechende Bewältigungsstrategien planen (Widerstehen, Wasser trinken, Kaugummi kauen, Kreuzwörter oder Sudoku ausfüllen, Spaziergehen, Abstand mit Rauchern halten, Freunde anrufen usw.). Übrigens sollte eine geeignete Medikation empfohlen und konkret geplant werden. Wenn möglich sollte der Patient vor dem Rauchstopp das ganze Rauchmaterial entsorgen (Zigarette, Feuerzeuge, Aschenbecher) und Unterstützung im sozialen Umfeld suchen (Familie, Freunde, Kollegen). In dieser Phase sind mehrere kurzfristige Folgetermine zu vereinbaren. [3,4,6]

Beim Rauchstoppversuch ist der Rückfall häufig. Er stellt kein Versagen dar, sondern ein Schritt auf dem Weg zum Nichtraucher sowie eine wichtige Gelegenheit zum Lernen. Durchschnittlich werden die Raucher 3-6 Mal rückfällig, bevor sie Ex-Raucher werden. Der Rückfallprozess sollte vom Patienten analysiert werden, um neue, gegebenenfalls angepasste Bewältigungsstrategien für den nächsten Versuch zu finden. [3,4,6]

Medikamentöse Therapie

Durch eine adäquate Medikation können die Entzugserscheinungen weitgehend unterdrückt werden und die Erfolgchancen des Rauchstoppversuches verdoppeln sich. [3-7] Die Medikation ist für Tabakabhängige in Stadien der Vorbereitung und der Handlung indiziert. **(Tabelle 3)** Folgende Medikamente kommen beim Rauchstopp zum Einsatz:

- Kurzwirkende Nikotinersatzpräparate: Kaugummi, Lutschtabletten, Sublingual-Tabletten und Inhalator (Nicorette[®], Nicotinell[®])

- Langwirkende Nikotinersatzpräparate: transdermale Pflaster (Nicorette[®], Nicotinell[®])
- Bupropion (Zyban[®])
- Vareniclin (Champix[®])

Die Nikotinsubstitution ersetzt ein bis zwei Drittel des Nikotinspiegels. Sie beginnt mit dem Rauchstopp, aber kann 1-2 Wochen vorher eingeleitet werden. Bei Erfolglosigkeit können Nikotinersatzpräparate auch zur Unterstützung einer Konsumreduktion benutzt werden.

Eine solche Reduktion von mindestens 50% senkt erwiesenermaßen die Gesundheitsrisiken und kann eine Vorstufe zum Aufhören darstellen.

Nikotinersatzpräparate sind rezeptfrei erhältlich. [3-7]

Bupropion ist ein Hemmer der Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme, also ein Antidepressivum. Unabhängig vom affektiven Zustand lindert es die Entzugssymptome und vermindert es die Gefahr einer Gewichtszunahme. Der genaue Mechanismus ist unklar, sicher aber ist er mit dem Belohnungssystem verbunden. Bupropion stellt bei depressiven Patienten eine vorteilhafte Wahl dar. Es kann mit einer Nikotinsubstitution kombiniert werden. Ein Rezept ist für Bupropion erforderlich. [3-7]

Vareniclin ist ein Partialagonist der acetylcholinergischen $\alpha 4 \beta 2$ -Nikotin-Rezeptoren in der ventralen tegmentalen Region des Gehirns, also wirkt es auch im Belohnungssystem. Der Partialagonismus führt einerseits zu einer Stimulation, welche die Entzugssymptome lindert, und andererseits zu einer Hemmung, die die belohnenden Wirkungen des Nikotins bei Rückfall reduziert. Die Kombination mit einer Nikotinsubstitution ist umstritten. Ein Rezept ist für Vareniclin erforderlich. [3-7]

Die Medikation sollte sich nach dem Schweregrad der Abhängigkeit, den Eigenschaften und der Vorliebe des Patienten richten. **(Tabellen 1 und 3)** Bupropion und Vareniclin müssen im Gegensatz zur Nikotinsubstitution immer eine bis zwei Wochen vor dem Rauchstopp mit einem progressiven Schema eingeleitet werden. Bei starker Tabakabhängigkeit wird empfohlen, ein lang- und ein kurzwirkendes Medikament zu kombinieren, ähnlich wie beim Basal-Bolus-Schema mit Insulin oder beim Basis-Reserve-Schema mit Opiaten. Dieses Vorgehen erlaubt es, sowohl die Grundsymptome (Reizbarkeit, Depression, Schlafstörungen usw.) durch die langwirkende Medikation als auch die akuten Symptome („Craving“, Unruhe usw.) durch die kurzwirkende Bedarfsmedikation unter Kontrolle zu bringen. Die Dauer der Behandlung beträgt üblicherweise zwei bis drei Monate und kann bei Bedarf bis zu einem Jahr verlängert werden. [3-7]

Leider wird keines dieser Medikamente von den Krankenkassen bezahlt, obwohl sie zu den effektivsten medizinischen und präventiven Massnahmen gehören, mit denen Leben kostengünstig gerettet werden können. [3-7] Bei deutlich depressiven Patienten kann

Bupropion in seiner antidepressiv wirksamen Retard-Form (Wellbutrin®) verschrieben werden und wird in diesen Fällen von den Krankenkassen bezahlt.

Als andere pharmakologischen Therapiemöglichkeiten für den Rauchstopp haben sich Nortriptylin, Clonidin und Antagonisten der Cannabinoidrezeptoren als wirksam erwiesen, werden jedoch infolge ihrer Nebenwirkungen meist nicht empfohlen. Hingegen haben Hemmer der Serotoninwiederaufnahme, Benzodiazepine, Naloxon, Lobelin und Silberazetat in den Studien keine Erhöhung der Abstinenzrate gezeigt. Ausserdem werden Nikotin-Impfungen entwickelt. Bisher konnte keine signifikante Wirkung nachgewiesen werden. [3-5,7]

In den letzten Jahren sind die elektronischen Zigaretten „E-Cigarettes“ auf den Markt gekommen. Diese sind Dampfinhalatoren mit oder ohne Nikotin und enthalten Aromastoffe. Der Dampf entsteht durch die gleiche Technik wie der Nebel von Diskotheken und ist vergleichbar mit dem Zigarettenrauch. Eigentlich sind „E-Cigarettes“ im regelmässigen Gebrauch teuer. Bei diesen Produkten fehlen klinische Tests, die deren Sicherheit und Wirksamkeit prüfen. Zudem ist die Qualitätskontrolle bei den meisten Produkten mangelhaft. Die elektronischen Zigaretten sind deshalb als Hilfsmittel zum Rauchstopp ungeeignet.

Schlussfolgerung

Die Tabakabhängigkeit ist eine chronische und tödliche Erkrankung, welche mit geeigneten Interventionen und wirksamen Medikamenten behandelt werden kann. Als Arzt können Sie Ihre Patienten durch die Stadien der Veränderung bis zum Rauchstopp führen. Deswegen lohnt es sich, in der Sprechstunde für das Thema „Rauchstopp“ gezielt Zeit einzusetzen, um damit potentiell Leben zu retten!

Schlüsselmittelungen

- Der Tabak ist weltweit der wichtigste Risikofaktor vermeidbarer Mortalität und Morbidität.
- Als Arzt können sie die Tabakabhängigkeit behandeln und dadurch Leben retten.
- Bei jedem Patienten sollte der Tabakstatus befragt und das Rauchen besprochen werden.
- Eine geeignete Intervention erhöht die Motivation und die Erfolgsrate zum Rauchstopp.
- Eine adäquate Medikation hilft den Patienten und erhöht die Erfolgsrate weiter.
- Das wirksamste Medikament ist jedoch nach wie vor der Arzt selber!

Bibliographie

1. Kuendig H, Notari L, Georges A et al. Tabak. Suchtmonitoring Schweiz / Jahresbericht – Daten 2011, Bern 2012.
2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. Humair J-P, Cornuz J. Raucherentwöhnung. Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte. 2. Auflage, Frei von Tabak, Bern 2009. **Empfohlene Lektüre!** (bei der Krebsliga zu bestellen: info@at-schweiz.ch).
4. Cornuz J, Humair J-P, Zellweger J-P. Tabakentwöhnung. 1. und 2. Teil. Schweiz Med Forum 2004;4:334-9 und 4:356-68.
5. Cornuz J, Jacot-Sadowski I, Humair J-P et al. Tabakentwöhnung: Update 2011. Teil 1 und 2. Schweiz Med Forum 2011;11(9):156-9 und 11(10):172-6.
6. Fiore M, Baker T, Jaen C et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health & Human Services, Public Health Service; 2008.
7. Cochrane Tobacco Addiction Group: <http://tobacco.cochrane.org> (zahlreiche wichtige Review-Artikel).

TABELLEN

Tabelle 1: Tabakabhängigkeit: Schweregrad und Wahl der Medikation [3-5]

Der Grad der Abhängigkeit richtet sich nach dem individuell schwersten Kriterium.

Schwach	Mässig	Stark	Sehr stark
Kriterien des Schweregrades			
<ul style="list-style-type: none"> • d10 Zigaretten pro Tag • >60 min nach dem Aufwachen • Leichte Entzugssymptome 	<ul style="list-style-type: none"> • 11-20 Zigaretten pro Tag • 31-60 min nach dem Aufwachen • Mässige Entzugssymptome 	<ul style="list-style-type: none"> • 21-30 Zigaretten pro Tag • 5-30 min nach dem Aufwachen • Schwere Entzugssymptome 	<ul style="list-style-type: none"> • >30 Zigaretten pro Tag • d5 min nach dem Aufwachen • Sehr schwere Entzugssymptome
Empfohlene Medikation			
<ul style="list-style-type: none"> • Niedrig dosierte Nikotinsubstitution in Monotherapie (Kaugummi, Lutschtablette, Sublingualtablette, Inhalator, Pflaster) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nikotinsubstitution in Monotherapie (Kaugummi, Lutschtablette, Sublingualtablette, Inhalator, Pflaster) • Bupropion • Vareniclin 	<ul style="list-style-type: none"> • Nikotinsubstitution in Bitherapie (Pflaster + kurzwirkendes Präparat) • Nikotinsubstitution in Monotherapie • Bupropion • Vareniclin • Bupropion + Nikotinsubstitution 	<ul style="list-style-type: none"> • Nikotinsubstitution in Bitherapie (Pflaster + kurzwirkendes Präparat) • Bupropion • Vareniclin • Bupropion + Nikotinsubstitution • Bupropion + Nikotin-Pflaster + kurzwirkende Nikotinsubstitution

Tabelle 2: Stadien der Veränderung mit entsprechenden Empfehlungen [3,4]**Sorglosigkeit „Precontemplation“**

- Keine Absicht, innerhalb von 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören
- Nutzen des Rauchens wichtiger als Risiken
- ⇒ **Kurze Intervention von 3-5 min zum Sensibilisieren**
 - Rauchstopp beraten, mit Hinweisen auf das individuelle Risiko
 - Gewohnheit in Frage stellen
 - Hilfe anbieten, aber nicht drängen
 - Geeignete Broschüre anbieten
 - Bei der nächsten Konsultation das Rauchen wieder besprechen

Bewusstwerden „Contemplation“

- Absicht, innerhalb von 6 Monaten mit dem Rauchen aufzuhören, aber nicht sofort
- Zwiespalt zwischen den Nutzen des Rauchens und den Gewinnen des Aufhörens
- ⇒ **Mittlere Intervention von 5-10 min zum Motivieren**
 - Hilfe anbieten
 - „Motivational Interviewing“ mit Abwägen der Pro und Contra des Rauchens
 - Besprechung der Nutzen und Hindernisse des Rauchstopps
 - Methoden besprechen (Beratung, Gruppen, Telefon, Internet, Medikation usw.)
 - Geeignete Broschüre anbieten
 - Bei der nächsten Konsultation das Rauchen wieder besprechen

Vorbereitung „Preparation“

- Entscheidung, innerhalb von 30 Tagen mit dem Rauchen aufzuhören
- Gewinn des Rauchstopps wichtiger als Vorteile des Rauchens
- ⇒ **Längere Intervention von 15-20 min zum Helfen (bis 30-45 min)**
 - Hilfe anbieten
 - Entscheidung durch „Motivational Interviewing“ bestärken
 - Datum des Rauchstopps festlegen
 - Über den Entzugsprozess und dessen Symptome informieren
 - Vorbereitung des praktischen Vorgehen beim Rauchstopp
 - Unterstützung vom sozialen Umfeld suchen
 - Rückfallrisiken identifizieren, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln
 - Medikation besprechen und konkret planen
 - Geeignete Broschüre anbieten
 - Kurzfristige Folgetermine abmachen oder Raucherentwöhnungsprogramm

Handlung „Action“

- Das Rauchen wurde vor weniger als 6 Monaten aufgehört
- Aktive Anstrengungen, um rauchfrei zu bleiben, mit hohem Rückfallrisiko
- ⇒ **Mehrere, regelmässige Interventionen von 15-20 min zum Unterstützen**
 - Aktuellen Verlauf besprechen
 - Motivation durch „Motivational Interviewing“ weiter bestärken
 - Rückfallrisiken identifizieren, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln
 - Geeignete Broschüre anbieten
 - Kurzfristige Folgetermine abmachen
 - Rückfälle besprechen:
 - Kein Versagen, sondern Schritt auf dem Weg zum Nichtraucher (3-6 Mal)
 - Gelegenheit zum Lernen: Analyse und Vorbereitung neuer Strategien
 - Einen sofortigen erneuten Versuch anbieten

Aufrechterhaltung „Maintenance“

- Das Rauchen wurde vor mehr als 6 Monaten aufgehört
- Aktive Anstrengungen, um Ex-Raucher zu bleiben, mit niedrigem Rückfallrisiko
- ⇒ **Regelmässige geeignete Interventionen zum Unterstützen, wie bei Handlung**

Tabelle 3: Medikamentöse Therapien beim Rauchstopp [3-6]**NIKOTINSUBSTITUTION**

Ersetzt 1/3-2/3 des Nikotinspiegels: Linderung der Entzugssymptome. Ohne Rezept. Bei starker Abhängigkeit: Bitherapie mit Pflaster und einem kurzwirksamen Präparat. Beginn beim Rauchstopp, eventuell 1-2 Wochen früher, am Ende progressive Reduktion.

Nebenwirkungen: Lokaler Reiz, Mundtrockenheit, Übelkeit, Schluckauf.

Vorsicht: Myokardinfarkt <2 Wochen, instabile Angina pectoris, ventrikuläre Rhythmusstörungen, Schwangerschaft, Stillzeit. (aber immer harmloser als die Zigarette!)

Pflaster: Nicorette® 25-15-10 mg/16h, Nicotinell® 21-14-7 mg/24h; 5,60-6,40 Fr./T.

Anfangsstärke abhängig vom Schweregrad der Abhängigkeit.

Nach 2-4 Wochen auf die niedrigere Stärke reduzieren usw.

Auf einer unbehaarten Hautstelle kleben, jeden Tag die Stelle wechseln.

Pflaster über die Nacht: weniger „Craving“ am Morgen, aber mehr Schlafstörungen.

Kaugummi: Nicorette®, Nicotinell® 2-4 mg; 2,95-6,45 Fr./Tag.

8-12x/Tag alle 1-2h und bei Bedarf. (max. 6x/Tag bei Bitherapie mit Pflaster)

20-30 s kauen, dann zwischen Zahnfleisch und Wange behalten, usw. für 30 min.

Lutschtablette: Nicotinell® 1-2 mg; 3,50-5,35 Fr./Tag.

8-12x/Tag alle 1-2h und bei Bedarf. (max. 6x/Tag bei Bitherapie mit Pflaster)

20-30 s lutschen, dann zwischen Zahnfleisch und Wange behalten, usw. für 30 min.

Sublingualtablette: Nicorette Microtab® 2 mg; 3,70-5,60 Fr./Tag.

8-12x/Tag alle 1-2h und bei Bedarf. (max. 6x/Tag bei Bitherapie mit Pflaster)

Unter der Zunge schmelzen lassen.

Inhalator: Nicorette Inhaler® 10 mg; 5,95-11,85 Fr./Tag.

6-12 Patronen/Tag alle 1-2h und bei Bedarf. (max. 6x/Tag bei Bitherapie mit Pflaster)

Wiederholte Inhalationen während 30 min, bei Husten nur oberflächlich einatmen.

BUPROPION

Hemmer der Dopamin- und Noradrenalinwiederaufnahme: Antidepressivum und lindert die Entzugssymptome, vorteilhaft bei Depression und gegen Gewichtszunahme. Beginn 1-2 Wochen vor dem Rauchstopp. Rezept erforderlich.

Nebenwirkungen: Insomnie, Mundtrockenheit, Schwindel. (Dosis halbieren)

Überdosierung: Leber- und Niereninsuffizienz.

Kontraindikationen: Epilepsie, Anorexia nervosa, Bulimie, Alkohol- oder Beruhigungsmittelentzug, Leberzirrhose, Hirntumor, MAOI, bipolare Störung, Schwangerschaft, Stillzeit, <18 Jahren.

Vorsicht: Erniedrigte epileptogene Schwelle, Alkoholabhängigkeit, Antidepressiva, Neuroleptika, Tramadol, Chinolone, Antimalariamittel, systemische Kortikoide, Stimulantien, blutdrucksenkende Mittel, Schlafmangel, Schädel-Hirn-trauma, CYP-2D6-Hemmung.

Zyban® 150 mg; 5,80-6,60 Fr./Tag. Kombination mit Nikotinsubstitution möglich.

Woche 1: 150 mg 1x/Tag – Woche 2-12: 150 mg 2x/Tag.

VARENICLIN

Partialagonist der $\alpha 4\beta 2$ -Nikotin-Rezeptoren: Nikotinstimulation mit Linderung der Entzugssymptome und Hemmung der Nikotinwirkung bei Rückfall.

Beginn 1-2 Wochen vor dem Rauchstopp. Rezept erforderlich.

Nebenwirkungen: Übelkeit, Schlafstörung, abnorme Träume, Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, Depression, Suizidgedanken. (Dosis halbieren)

Kontraindikationen: Schwere Niereninsuffizienz (max. 0,5 mg/Tag), Schwangerschaft, Stillzeit, <18 Jahren.

Vorsicht: Psychiatrische Störungen, suizidale Tendenz.

Champix® 0,5-1 mg; 6,40-7,00 Fr./Tag.

Tag 1-3: 0,5 mg 1x/Tag – Tag 4-7: 0,5 mg 2x/Tag – Tag 8-Woche 12: 1 mg 2x/Tag.

FALLBERICHT

Fallablauf

Ein 24-jähriger Patient stellt sich auf der Notfallstation vor wegen linksseitigen Thoraxschmerzen mit Druckdolenz und Ausstrahlung in den linken Arm, sowie Herzrasen, Schwindel, Klossgefühl im Hals, Zittern der Arme und Sensibilitätsstörungen bei beruflicher Stresssituation.

Nach der gezielten Notfallversorgung wird in der Systemanamnese der Rauchstatus erfragt und bejaht. Der Patient ist einverstanden, nach Kontrolle der Zuweisungssymptomatik das Rauchen zu besprechen.

„Als Arzt empfehle ich Ihnen, mit dem Rauchen aufzuhören!“

Die Absicht zum Rauchstopp wird auch erfragt. Der Patient möchte bald aufhören, aber weiss nicht wann und wie. Er hat bereits einiges probiert und dabei viel Stress und „Craving“ verspürt. Er raucht 10-20 Zigaretten am Tag. Der Zeitpunkt der ersten Zigarette des Tages ist variabel.

Die Pro und Contra des Rauchens werden kurz besprochen: der Patient möchte seine Gesundheit und seine physische Fähigkeiten beibehalten, hat aber Angst vor Stresssituationen und Entzugserscheinungen. Er erkundigt sich, was er dagegen machen könnte. Zuerst wird eine Unterstützung von uns oder vom Hausarzt angeboten, dann einige

Kommentare

Notfallkonsultation ohne direkten Zusammenhang mit dem Tabak.

⇒ Befragen: Rauchstatus und Erlaubnis für diesbezügliches Gespräch.

⇒ Beraten: Deutlich den Rauchstopp empfehlen.

⇒ Beurteilen: Bei Zweispalt Stadium des Bewusstwerdens, mässige bis starke Abhängigkeit.

⇒ Begleiten: Anwendung des „Motivational Interviewing“ mit Abwägen der Pro und Contra, dazu Hindernisse besprechen, Hilfe anbieten, Methoden vorstellen.

medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten aufgezeigt. Er zeigt sich dafür interessiert und möchte sich alles nochmals überlegen.

Die klinische Untersuchung, das EKG und das Labor sind unauffällig. Die klinische Symptomatik legt sich unter Lorazepam und Paracetamol. Aufgrund der Gesamtkonstellation wird eine Panikattacke diagnostiziert.

Nach der Mitteilung der normalen Untersuchungsergebnisse erklärt der Patient spontan, dass er einen sofortigen Rauchstopp plant!

Er wird für diese Entscheidung gelobt und weiter ermutigt.

Auf der überfüllten Notfallstation kann das Thema nicht weiter besprochen werden.

Deswegen wird dem Patienten empfohlen, einen baldigen Termin bei seinem Hausarzt zu vereinbaren, um den Rauchstopp zu planen. Ebenfalls wird er auf die Webseite www.stop-tabac.ch hingewiesen.

Anschliessend wird die Behandlung der Panikattacke besprochen. Danach kann der Patient entlassen werden.

Beim Telefongespräch über die Einwilligung für die Publikation erklärt der Patient mit Stolz, dass er den Rauchstopp bis jetzt ohne weitere Unterstützung

⇒ **ERFOLG:** Stadium der Vorbereitung erreicht! Diese „spontane“ Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören, erfolgt nach „Vorarbeit“ durch den Arzt mittels dem „Motivational Interviewing“!

⇒ Anwendung des „Motivational Interviewing“.

⇒ Betreuen: Weitere Unterstützung anbieten. Motivations- und Unterstützungsvisiten planen. Intervalle nach Motivationslage.

Schlussfolgerung: Durch eine kurze Intervention von 5 min kann man auch bei einem anderen Konsultationsgrund einen Patienten erfolgreich zum Rauchstopp beraten, indem man ihn zum nächsten Stadium führt.

Er hat sogar das Stadium der Handlung erreicht! Es beweist die Wirksamkeit einer kurzen Intervention, um Patienten zum Rauchstopp zu motivieren. Er bedankt sich

aufrechterhalten konnte.

beim Medikament „Arzt“ und ist froh, dass alles ohne Medikamenten-Nebenwirkungen ging.

FRAGEN ZUR BEHANDLUNG DER TABAKABHÄNGIGKEIT

Frage 1

Ein neuer Patient kommt in Ihre Sprechstunde. Sein Blutdruck ist zu hoch. Sein Diabetes ist schlecht kontrolliert. Er hat Gewicht zugenommen. Er raucht eine bis zwei Packungen täglich und trinkt einen Liter Wein pro Tag. Es gibt also viel zu tun! Welches Problem ist bei ihm das gefährlichste? (Einfachauswahl)

- a) Arterielle Hypertonie
- b) Diabetes mellitus
- c) Adipositas
- d) Tabak
- e) Alkohol

Frage 2

Mit welchen Patienten sollte ein Rauchstopp besprochen werden? (Mehrfachauswahl)

- a) Raucher mit COPD
- b) Raucher nach Herzinfarkt
- c) Raucher mit Rückenschmerzen
- d) Raucher mit Ekzem
- e) Raucher mit Depression

Frage 3

Der Patient denkt daran, mit dem Rauchen aufzuhören, weil er seine Gesundheit und die seiner Familie schützen möchte, aber auch wegen der hohen Kosten, und um sich von der Abhängigkeit zu befreien. Aber die Zigarette bringt ihm Vergnügen, ist eine Langzeitgewohnheit und hilft ihm, Stress zu bewältigen. Er weiss nicht, ob er stark genug ist, um die Zigarette abzusetzen.

Was ist in diesem Stadium adäquat? (Mehrfachauswahl)

- a) Ein „Motivational Interviewing“ mit Abwägen der Pro und Contra des Rauchstopps
- b) Das Datum des Rauchstopps festlegen
- c) Das praktische Vorgehen beim Rauchstopp besprechen

- d) Situationen mit Rückfallrisiko identifizieren, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln
- e) Nächstes Mal wieder über das Rauchen sprechen.

Frage 4

Was gehört zu einem „Motivational Interviewing“? (Mehrfachauswahl)

- a) Die wichtigen wissenschaftlichen Fakten über das Rauchen übermitteln
- b) Die Schwierigkeiten des Rauchstopps mit Gegenargumenten erwidern
- c) Widersprüche vermeiden
- d) Gezielte Fragen stellen
- e) Die Vorteile des Rauchstopps gegenüber den Vorteilen des Rauchens mehr gewichten

Frage 5

Ihr Patient sucht sie auf, um eine Unterstützung zum Rauchstopp zu besprechen. Er möchte eine medikamentöse Therapie, weil er in der Vergangenheit beim Entzug eine starke Reizbarkeit mit Schlaflosigkeit und starken „Cravings“ erlitten hat. Er raucht mindestens eine Packung Zigaretten am Tag und die erste Zigarette 15 min nach dem Aufwachen.

Was empfehlen Sie ihm? (Einfachauswahl)

- a) Nur eine intensive Raucherberatung mit „Motivational Interviewing“
- b) Nikotin-Inhalator 10 mg regelmässig und bei Bedarf bis 12x/Tag
- c) Nikotin-Pflaster 25 mg/16h 1x/Tag
- d) Nikotin-Pflaster 25 mg/16h 1x/Tag + Nikotin-Inhalator 10 mg bei Bedarf bis 6x/Tag
- e) Bupropion nach Schema + Nikotin-Pflaster 1x/Tag + Nikotin-Inhalator bei Bedarf

Frage 6

1. Das Vareniclin lindert die Entzugserscheinungen beim Rauchstopp, WEIL

2. das Vareniclin die Wirkung des Nikotins reduziert.

- a) Alles richtig
- b) 1 und 2 richtig, aber „weil“ falsch
- c) Nur 1 richtig
- d) Nur 2 richtig
- e) Alles falsch

ANTWORTEN ZU DEN FRAGEN

Frage 1

Richtig ist natürlich Antwort d).

Das Tabakrauchen wird oft als ein unlösbares, zeitraubendes Nebenproblem gesehen, das man irgendwann später besprechen sollte. Es ist aber tödlicher als alle anderen vermeidbaren Risikofaktoren und sollte entsprechend eine höhere Priorität in der Behandlung bekommen. Jetzt verfügen Sie über wirksame Strategien, um diese Abhängigkeit erfolgreich zu behandeln!

Frage 2

Richtig sind alle Antworten.

Mit jedem Raucher sollte der Tabakkonsum besprochen werden, auch wenn er noch keine tabakinduzierte Erkrankung hat! Das Passivrauchen sollte ebenso angesprochen werden.

Frage 3

Richtig sind Antworten a) und e)

Dieser Zwiespalt ist typisch für das Stadium des Bewusstwerden. Therapeutisch sollte vor allem die Motivation unterstützt werden. Dafür ist das „Motivational Interviewing“ mit dem Abwägen der Pro und Contra geeignet. Das praktische Vorgehen, das genaue Datum des Rauchstopps und die Strategien gegen Rückfall sind Themen für spätere Stadien. Hingegen ist es immer sinnvoll, die Zigarette nächstes Mal wieder zu besprechen, aber nicht in 2 Jahren!

Frage 4

Keine Antwort ist richtig!

Alle Aussagen entsprechen dem Gegenteil des „Motivational Interviewing“. Mit dieser Technik sollte man offene Fragen stellen, damit nur die eigenen Konzepte und Widersprüche des Patienten ins Gespräch kommen und von ihm unter Begleitung des Beraters bearbeitet werden, um den Zwiespalt zu lösen. Die Widerstände sollen nicht gekontert werden, sonst wird der Widerstand unterstützt. Das „Motivational Interviewing“ dient nicht dazu, Fachkenntnisse zu übermitteln, ausser wenn der Patient danach fragt. Diese Gesprächstechnik kann einfältig scheinen, aber ist erstaunlich wirksam!

Frage 5

Richtig ist Antwort d).

Bei starken Entzugerscheinungen, 21-30 Zigaretten am Tag und erster Zigarette 5-30 min nach dem Aufstehen besteht eine starke Abhängigkeit. In dieser Situation ist eine Nikotin-Bitherapie zusätzlich zu der Raucherberatung empfehlenswert. Die Nikotin-Monotherapien sind zwar vertretbar, aber wurden bei starker Abhängigkeit als weniger wirksam erwiesen. Bupropion, Bupropion + Nikotinsubstitution sowie Vareniclin wären auch indiziert. Hingegen stellt die Tritherapie mit Bupropion + Nikotin-Pflaster + kurzwirksamer Nikotinsubstitution eher eine Ultima Ratio bei sehr starker Abhängigkeit dar. Aber die Eigenschaften und die Vorliebe des Patienten sind immer bei der Wahl der Therapie wegweisend. Das Medikament „Arzt“ sollte auch gezielt eingesetzt werden, im Sinne einer Dosisoptimierung!

Frage 6

Richtig ist die Antwort b).

Das Vareniclin ist ein partieller Agonist der $\alpha 4\beta 2$ -Nikotin-Rezeptoren in der ventralen tegmentalen Region des Gehirns. Es führt einerseits zu einer Stimulation, die die Entzugerscheinungen lindert, und andererseits zu einer Hemmung, die die belohnenden Wirkungen des Nikotins bei Rückfall reduziert. Beide Aussagen sind also richtig, aber das „weil“ stimmt nicht. Diese doppelte Wirkung macht das Vareniclin so interessant!

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Med. O. Clerc
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
OlivierFlorian.Clerc@usz.ch